

De la excepcionalidad a la cronificación dulce*

From an Exceptional Nature to the Soft Cronification

José Luis MORENO PESTAÑA

Departamento de Historia, Geografía y Filosofía

Facultad de Filosofía y Letras

Universidad de Cádiz

(joseluis.moreno@uca.es)

Recibido: 20.6.06

Aceptado: 28.9.06

RESUMEN

Este artículo analiza desde una perspectiva secuencial los recorridos posibles de las personas comprometidas con una u otra forma de trastorno alimentario. Para ello, tiene en cuenta tres dimensiones: los recursos sociales, el menú de terapias disponible y los efectos específicos que se acumulan en una trayectoria larga dentro del universo terapéutico disponible. El artículo describe el proceso desde el cual el ingreso, vivido de modo excepcional, en un universo terapéutico se acaba transformando en una rutina en la cual la persona adquiere competencias para desenvolverse en los universos relacionales cotidianos de ciertas fracciones de la clase dominante.

PALABRAS CLAVE: Sociología de la enfermedad mental, trayectorias desviantes, terapias, anorexia, bulimia.

ABSTRACT

This article analyzes from a sequential perspective the possible pathways of people affected by one or another form of eating disorder. In this prospect, I consider three dimensions: the social resources, the market of available therapies and the specific effects that are accumulated along large trajectory within the available therapeutic universe. The article describes the process from the entrance in a therapeutic universe, experienced through exceptional way, toward its transformation into a routine where people acquires competences which are developed in the daily relational universes within fractions of the dominants classes.

KEY WORDS: Sociology of mental illness, deviant career, therapy, anorexia, bulimia.

* Agradezco a Sergio Ariza, Marga Huete, Samuel Lézé y Enrique Martín Criado las observaciones realizadas mientras este artículo estaba en fase de preparación.

MODOS DE DECLINAR LA EXPERIENCIA DEL TRASTORNO

Para definir un trastorno alimentario, pueden utilizarse prototipos. Los manuales psiquiátricos de enfermedades mentales son un buen ejemplo de este tipo de definición. Un prototipo muestra ciertos rasgos básicos que se consideran claves para definir una enfermedad. Así, la enfermedad se presenta como reunión de un conjunto de síntomas a menudo acompañados de relatos típicos (Hacking, 1998: 56-57). En ocasiones, dicho prototipo se corteja de una serie muy general de propiedades sociales. Siendo completamente legítima y teniendo una utilidad enorme en el trabajo terapéutico, este tipo de definición no resulta muy pertinente a nivel sociológico. La sociología debe mostrar la plural experiencia social de las personas caracterizadas como anoréxicas o bulímicas. Semejante experiencia rara vez puede resumirse en un único prototipo.

Esta experiencia puede declinarse sociológicamente de dos modos. Uno, estableciendo cuáles son los entornos sociales en los que germinan los trastornos alimentarios. Semejantes entornos son múltiples: ninguno de ellos puede definirse a través de una simple relación causal; en ellos, las causas operan a través de combinaciones coyunturales. Pueden describirse los componentes de tales combinaciones, pero nunca puede decirse qué componente es de mayor importancia y cuál de menor: no hay una única instancia todopoderosa. En otro artículo (Moreno Pestaña, 2006: 68-95), intenté describir cuáles eran las condiciones sociales que podían producir los trastornos alimentarios entre las clases populares. Estas resultaban de la interacción de una determinada cultura corporal (familiar, del grupo de iguales, la que cada medio social considera característica de los diferentes ciclos de vida), la existencia de ciertas ideologías en torno a la enfermedad, cómo no, la presencia de un agente del dispositivo público y privado de salud que imponga la categoría de anoréxica y/o bulímica, en fin, y esto es muy importante, la existencia de graves problemas de alimentación sentidos como tales por la persona afectada. Si se dan tales condiciones sociales, se puede entrar en un trastorno alimentario. Es decir, en una categoría social y en un sistema institucional reservados a personas consideradas como enfermas.

En este artículo supondré que las personas han atravesado los umbrales de entrada en tales

trastornos e intentaré declinar el segundo modo en que la sociología puede reconstruir la experiencia social de la anorexia y la bulimia. Este segundo modo tiene la forma de una secuencia temporal, esto es, intenta reconstruir las fases por las que puede pasar una persona que sea caracterizada como una enferma por trastorno alimentario. Este modelo secuencial fue definido, entre otros, por Erving Goffman (1968) o Howard Becker (1985). Como sus aportaciones son suficientemente conocidas, sólo recordaré dos ideas centrales que permiten valorar la pertinencia y los límites empíricos de lo que pretendo hacer.

Primera: las fases nacen de una reconstrucción realizada a partir de un estudio de casos. En ellas, se intentan definir estaciones posibles de tránsito para los individuos. Ello no quiere decir que todos los individuos que atraviesen una se deslicen automáticamente hacia las otras, sino que tras alcanzar una fase se tiene la posibilidad de ir alcanzando el resto. Segunda: las personas, evidentemente, no tienen una única posibilidad cuando han atravesado una de las fases definidas, sino varias. Aunque tales posibilidades no sean infinitas, la riqueza de las combinaciones empíricas posibles impide que puedan ser definidas exhaustivamente. Por ello, los modelos secuenciales tienen un cierto problema de base. Ganan en elegancia lógica definiendo fases cuanto más simplifican las posibilidades empíricas presentes en el material recogido por el investigador. Las fases comienzan a ser menos simples y elegantes cuanto más pródiga es la descripción que se realiza de las mismas. Intentaré buscar un punto de equilibrio que supongo resultará insatisfactorio para los amantes de los perfiles secuenciales bien definidos tanto como para los que exigen toda la precisión etnográfica posible.

Antes de continuar, una precisión. Los intentos de convertir el cuerpo en fuente de un proyecto subjetivo parten de la idea de que éste es un territorio dúctil a las imposiciones del sujeto. Evidentemente, el cuerpo humano tiene su propia dinámica, por más que buena parte de la cultura dominante sea incapaz de soportarlo. Los costes psíquicos y físicos del autocontrol corporal son enormes. En ocasiones, esos costes producen la muerte o lesiones irreversibles. En cualquiera de los momentos que describo, las salidas de la trayectoria emprendida pueden experimentarse en cualquiera de esas ominosas posibilidades.

TRATAMIENTO PROFANO

La posibilidad de tratar sin recurrir al sistema terapéutico (utilizo esta expresión por comodidad, se verá cómo el denominado “sistema” es prolijo e incoherente) un trastorno alimentario —en este texto significa: un comportamiento corporal susceptible de ser definido como tal— es aún posible, pero cada vez menos. La mayoría de las personas saben que las desviaciones alimentarias graves tienen una definición psiquiátrica y la legitimidad de los profesionales de la salud mental para tratarlas es enorme. En 1993, una chica a la que entrevisté (Sara) pasó por un periodo de autocontrol corporal desquiciado que terminó con una durísima corrección doméstica. La chica provenía de un medio rural y de una familia modesta —pequeños agricultores convertidos en pequeños comerciantes—. Nunca había oído hablar de la anorexia y la bulimia. En cualquier caso, su comportamiento —que ella misma juzga hoy como muy peligroso— fue conceptualizado por su entorno familiar como una desviación caprichosa y voluntaria. Entre los clásicos de la sociología de la salud mental, semejante tipo de casos demostraba la existencia de grupos socia-

gestión de los malestares como de categorizarlos dentro de las desviaciones.

Sin embargo, la que podríamos denominar gestión profana de las desviaciones no sólo se produce entre los grupos sociales menos informados y más lejanos al mundo médico (de hecho, esta chica, aunque de origen social modesto y rural, vivía en una familia que tenía relaciones estrechas con la cultura médica). Carla, una chica procedente de la burguesía (padre psiquiatra), no recibió ninguna categoría psiquiátrica con la que designar restricciones alimentarias severas que se prolongaron durante años y que ella resentía como incapacitantes. Las normas corporales de su entorno familiar, bastante elitistas, hicieron que los efectos de sus restricciones merecieran la aprobación de su entorno. En su caso, salir de semejante situación —onerosa a nivel corporal y psíquico— implicó, entre otros modos de relajación de su desviación, la utilización de las categorías psiquiátricas como modo de objetivación crítica de los patrones corporales familiares. En su casa, señala, “están todos anoréxicos”. De este modo, la categoría psiquiátrica sirve para desacreditar una pauta somática de clase extraordinariamente tensa.

Cuadro 1. Entorno social y gestión profana de la desviación: dos casos de figura

Carla	Tensión corporal ¹ del grupo familiar	Concepción del autocontrol corporal intenso por parte del grupo familiar	Salida del autocontrol corporal intenso
	Alta (Común entre las clases dominantes)	Excelencia corporal	Objetivación crítica de los patrones corporales de la familia
Sara	Baja (Común entre las clases populares)	Capricho peligroso	Control familiar del proceso de desviación

les —situados en lo más bajo de la escala social o entre grupos culturales ajenos a los dominantes— que vivían en una cierta situación de “insularidad” respecto a los discursos psiquiátricos dominantes (Schatzman, Strauss, 1966: 10). Tales grupos contenían una dinámica propia tanto de

Como muestra el cuadro, las mismas acciones pueden merecer respuestas diversas según el entorno social de la persona que las protagoniza. En el caso de Sara, la agudización del control social familiar. En el otro, la aprobación y el ánimo del grupo familiar (¡por más que en este

¹ Un mercado corporal es tenso cuando moviliza una atención permanente en los modos de presentación del cuerpo: los rituales de interacción se focalizan constantemente —con grados diferentes de explicitación— sobre los atributos corporales y su cercanía o lejanía de la norma dominante en dicho mercado. Una persona se encuentra dominada en un mercado corporal cuando los patrones corporales legítimos de su grupo de referencia son, primero, fundamentales para el reconocimiento de la dignidad del sujeto, segundo, extremadamente diferentes de los propios.

había un psiquiatra!). Así, se abren las puertas a dos modos de salida del trastorno: para Sara, el control del grupo de próximos, sólo posible en tanto la desviación se considera responsabilidad del afectado y susceptible de enderezamiento por parte del grupo; para Carla, la definición de las pautas “normales” en su familia como síntoma de enfermedad y, con ello, la aceptación de las propias tendencias corporales (esto es: de la propia dinámica de su cuerpo aunque ello signifique engordar) como expresión de una vida sana y, por utilizar términos de Carla, “no neurótica”. Estas dos figuras no agotan los casos posibles. Las traigo a colación para recordar que modos de gestión profana de los trastornos alimentarios son todavía posibles. Y que estudiarlos nos ayuda a comprender cómo se entra y cómo se sale de los trastornos alimentarios.

TRES MODOS DE ACCESO AL MENÚ TERAPÉUTICO

Una vez que la desviación es interpretada como enfermedad, la persona tiene tres vías de acceso al sistema de cuidados y/o terapia. Puede acceder al sistema público, al sistema privado o a una combinación de ambos. Dos de estas posibilidades (acceso al sistema privado, combinación de ambos) requieren ciertas condiciones sociales de posibilidad. Primera, disponer de recursos económicos. Tales recursos son accesibles cuanto más alto es el origen social de la persona y/o cuanto más avanzado es el momento del ciclo de vida en el que se encuentra (si la persona dispone de autonomía en la gestión de sus recursos, aunque sean modestos, puede decidir invertirlos en su terapia). Dado que el estigma de anorexia o de bulimia agrada poco a las familias, aquellas que disponen de recursos económicos suelen intentar introducir a sus hijas en terapias privadas o en aquellos ámbitos del sistema público que tienen más prestigio en el tratamiento de los trastornos alimentarios. En la práctica, dado que los hospitales más prestigiosos suelen estar localizados en ciertos lugares —en una de las zonas en la que he realizado mi trabajo de campo, se solía atribuir a un Hospital en Madrid el máximo prestigio y ello exigía costosos desplazamientos familiares—, búsqueda del mejor lugar en el

sistema público y/o acceso al sistema privado son el privilegio de ciertos grupos sociales.

En ese contexto, la lucha por la extensión de las unidades públicas especializadas en el tratamiento de los trastornos alimentarios es una de las tareas de las asociaciones de afectados. Se intenta así evitar, por un lado, el internamiento de las chicas con trastornos alimentarios en las unidades de salud mental habituales, por otro lado, se defiende así que las unidades especializadas se encuentren a disposición de los medios sociales más humildes. Por ejemplo, según el *Diario Jaén*, el delegado de ADANER en Jaén señala “que la asociación no está dispuesta a que se ingrese a un joven con anorexia en la séptima planta [de Salud Mental]” (García, 2002: 5). De este modo, la asociación —que insiste siempre que puede en que los trastornos alimentarios son una verdadera enfermedad mental y en cuyo sitio de Internet a nivel nacional puede encontrarse una noticia que asevera que la anorexia puede ser heredable— reivindica la particularidad de la “locura” de sus hijos o de sus allegados. Dado que se trata mayoritariamente de chicas jóvenes, la estancia en unidades de Salud Mental repletas de enfermos se considera comprensiblemente amenazadora. Así, cuando no existen unidades específicas de trastornos alimentarios, muchas de las personas diagnosticadas van a parar —si tienen una edad que lo permite— a las unidades infantiles. La posibilidad de pasar a las unidades de Salud Mental habituales (“psiquiatría” en la jerga de los implicados), sin embargo, sigue presente, al menos, como amenaza a esgrimir ante los pacientes espacialmente correosos. Juana, diagnosticada de anorexia, recuerda que “la psicóloga me amenazaba con que me metían en psiquiatría [...] e imagínate que me meten en psiquiatría, hubiera sido espantoso”. Sin embargo, tales unidades infantiles —pobladas, según Juana, “de un niño de al lado que tenía la enfermedad de no se qué respiración, la otra que tenía problemas de estómago”— permitían, en su caso, un escaso control sobre el tipo de resistencia al tratamiento desarrolladas por los sujetos. De nuevo según Juana: “Yo [en la unidad] infantil estaba bien, lo que pasa es que yo en el hospital también hacía de las mías, me metía en el cuarto de baño y empezaba a hacer ejercicio, escondía la comida... Seguí perdiendo peso”².

² Cuando Goffman escribió su famoso *Asylum*, la estancia en el hospital mental podía considerarse la última etapa de alguien clasificado como loco. Hoy, evidentemente, no es así. El mismo Goffman lo señalaba en un famoso artículo posterior “The insanity of place” (*Psychiatry*, 1969, Vol. XXXII, nº 4): cada vez se hacía más difícil que alguien fuera a parar demasiado tiempo a un hospital psiquiátrico dado que el reingreso a la comunidad se consideraba la más humana y más productiva de las terapias.

Una cuestión más, esta vez referida a la gestión del tratamiento por parte de las terapias privadas. Poco a poco, el acceso al lenguaje psicológico se ha universalizado. De ese modo, se ha ampliado el número de profanos que gestionan conocimientos psicológicos y que los distribuyen entre sus próximos, en ocasiones, de modo completamente sistemático y gratuito desde el punto de vista económico –aunque no desde el punto de vista del beneficio simbólico–. En entornos universitarios de los que procedían algunos de mis entrevistados, he podido comprobar la existencia de prácticas cotidianas de confesión y diagnóstico –sin que medie relación profesional– que se asemejaban mucho a una situación terapéutica. Las personas implicadas no las consideraban como tal sino como una parte integrante de sus conversaciones. Sin embargo, semejante práctica “paraterapéutica” puede desempeñar en la vida de una persona un papel similar al de un tratamiento más formalizado. Esta posibilidad –la de estar sumergido en un ambiente “paraterapéutico”–, obviamente, exige gozar de redes sociales dotadas de tales recursos culturales y, por tanto, sólo es accesible a ciertas franjas de la población –normalmente universitaria–.

ASUNCIÓN DEL DIAGNÓSTICO Y TRABAJO DE DESHABITUACIÓN

Una vez que las personas entran en terapia, pueden asumir su condición de enfermas y la necesidad de poner en práctica un trabajo sobre sí mismas para salir de la situación de tensión corporal. Dicha tensión sólo es el resultado de interiorizar las exigencias de ciertos mercados sociales en los que las prácticas de autocontrol corporal intenso funcionan como una especie de salvoconducto social: sin él, los sujetos se enfrentan a ciertas formas de desvalorización³. Por tanto, la tensión corporal logró construir un

prototipo corporal que cotizaba en tales mercados. No es el objetivo de este artículo analizar cómo se constituyen tales mercados y por lo tanto me voy a limitar a enumerar aquellos que mi análisis me ha permitido localizar. Uno de ellos, distribuido por todo el espacio social, lo constituye la clase de edad joven. “Ser” joven, pero también “sentirse” joven (algo que entre amplios grupos sociales se ha convertido en un deber sin importar la edad biológica⁴), exige prestar continua atención al propio cuerpo: engordar es muestra de envejecimiento y de cierre de posibles, en primer término, de los posibles en el mercado sexual y matrimonial. El medio familiar puede constituirse también como un mercado corporal tenso y estigmatizar sea a través de sanciones implícitas o explícitas. Carla narra como su madre la tocaba “más” cuanto más delgada estaba, en ocasiones era su padre quien se enorgullecía –en ese caso, verbalizándolo en público delante de amigos– de la figura de su hija⁵. Esta transmisión de la cultura somática del grupo familiar se encuentra más extendida –hablo siempre según mis entrevistas– entre las clases altas. Sin embargo, es posible encontrarla también entre las clases populares. Juana, por ejemplo, hija de un obrero, recibía continuas inducciones a adelgazar y juicios continuos y severos por parte de su padre. El padre de Juana había experimentado una aguda movilidad social descendente y aportaba al campo familiar valores culturales y corporales más distinguidos que los de su madre. Salir de ese mercado requiere, como mínimo, alejarse emocionalmente del entorno familiar⁶. Un tercer mercado propicio a la tensión corporal lo constituyen los trabajos de representación o de contacto con el público, muchos de los cuales contienen la excelencia corporal entre sus requisitos explícitos e implícitos. Huir de tales entornos requiere cerrarse posibilidades en el mercado de trabajo. Un cuarto territorio proclive a la tensión corporal se especifica en la relación de pareja.

³ La desvalorización tiende a convertirse en degradación en la medida en que el individuo tiene menos distancia de los valores del mercado en el que se le estigmatiza.

⁴ De hecho, cabría una fenomenología de culturas somáticas divididas según los modos de sentir la edad biológica. “Tener los 40” como una actriz no es igual a tenerlos como... una mujer de 40 años tal y como la consideramos normalmente.

⁵ En la transmisión de la cultura corporal familiar, las sanciones implícitas –gestos, caricias, sugerencias, observaciones veladas...– suelen ser más femeninas que masculinas.

⁶ El caso de Juana no es el más común entre las personas con su origen social. Como expliqué en otro artículo (Moreno Pestaña, 2006: 88-89), algunas personas necesitan compatibilizar la cultura somática de su clase social de origen –que en nada les presiona para adelgazar– con la de su grupo de destino social real o anhelado –diferente a aquel del que proceden–. Cuando la primera privilegia los alimentos fuertes, la desviación es necesaria para poder ser aceptada en la segunda. Tales personas pueden o bien alejarse definitivamente de su mundo familiar, o intentar cambiar la cultura somática del mismo o bien imponer un lugar de excepción para sus propios gustos.

Andrea (enfermera de profesión e hija de un taxista), por ejemplo, tuvo como pareja al hijo de un constructor inmobiliario. Los durísimos reproches corporales de su novio la condujeron a una intensa desviación corporal. Una vez que éste la abandonó, Andrea necesitó hacer el duelo de un tipo de hombres obsesionados por la línea de su pareja. En su caso, semejante duelo se acompañó de una profunda reapropiación erótica de su cuerpo (Berthelot, 1983: 129): su criterio de juicio dejó de ser el de un hombre que la “luciera” para ser el de un hombre que concibiese el cuerpo de su pareja como una fuente de placer y no como un ornamento distintivo. La relativa indeterminación de la experiencia erótica por las jerarquías de bienes simbólicos corporales permitió a Andrea disponer de un instrumento de redefinición de su propia autoestima corporal. Es verdad que, en muchos casos, la interiorización de los prototipos socialmente dominantes es tan intensa que la experiencia erótica se encuentra vedada para las personas que no se acomodan a los mismos. En tales circunstancias, la salida de las configuraciones tensas del mercado sexual supone la renuncia total a la cotización en el mismo.

Cuadro 2. Tipos de mercado corporal y formas de salida de los mismos

Mercado corporal tenso	Formas de salida⁷
Clase de edad joven	Envejecimiento
Cultura somática familiar	Lejanía afectiva Redefinición de la cultura somática del grupo familiar Imponer un lugar de excepción para sus gustos
Mercado de trabajo basado en la interacción	Cierre del universo de posibles laborales
Mercado sexual y afectivo	Reapropiación erótica del propio cuerpo Eliminación de la concurrencia en el mercado sexual

⁷ La salida de un mercado corporal tenso puede producirse por expulsión (no se le reconoce a un sujeto la competencia para cotizar en él), por impugnación (el sujeto pierde la creencia en los valores del mercado) o por una combinación de ambas. En este caso, las formas de salida que describo contienen siempre –aunque no sólo– impugnaciones activas por parte de los sujetos.

EL MENÚ DE DEFINICIONES SOBRE LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS

Cuando se ingresa en el sistema terapéutico, una persona se ve confrontada a diversas definiciones de su problema. Esas definiciones proceden de marcos interpretativos distintos que definen a cada grupo profesional y, dentro de éste, a las diversas corrientes que lo constituyen. Me centraré sólo en las definiciones que de sus terapeutas dan las personas a las que he entrevistado. Tales definiciones son imprecisas y resultado de un control imperfecto del sentido de los actos terapéuticos. Por difusas que sean, tales definiciones son básicas para comprender cómo las narrativas de las personas se encuentran construidas en interacción con las diferentes ramas del sistema terapéutico.

En primer lugar, se encuentra la figura del psiquiatra. El psiquiatra –en los casos estudiados una figura normalmente masculina– interviene en el entorno hospitalario (todas las figuras que analizo aparecen también en la consulta privada, con la excepción de los enfermeros). El internamiento hospitalario de los trastornos alimentarios incluye una regimentación plena de la vida del enfermo, una definición del peso que debe lograr y una administración de fármacos como complemento de un trabajo clínico, como se verá, muy breve. El psiquiatra representa, por lo demás, una versión del trastorno en términos genéticos. Semejante etiología de la enfermedad, tal y como pude comprobar en una actividad pública relacionada con los trastornos alimentarios, recibe el apoyo de muchos familiares que encuentran en ella una protección contra la acusación de ser responsables del trastorno de su hija.

El rasgo que más define al psiquiatra es una intervención de tipo puntual. Según Juana, “el psiquiatra estaba conmigo dos minutos, siempre me hacía las mismas preguntas y a veces me entraba gana de decirle: ‘eres tonto’”. La reacción de Juana es una respuesta posible a las características de la actividad psiquiátrica. Para comprender tal actividad, se necesita situarla dentro de los marcos de la división profesional del trabajo en salud mental. Por una parte, los psiquiatras reivindican su carácter médico que les permite definir a los individuos como un caso dentro de una categoría nosológica. Los

rasgos de superficie que presenta el paciente importan menos que su “esencia” profunda. En tal esencia profunda, se localizan los rasgos biológicos de la enfermedad. “La psiquiatría ejerce su jurisdicción sobre las divisiones internas mayores y la primera de ellas es la del cuerpo y el espíritu. Insistiendo primero sobre el cuerpo, organismo biológico, la psiquiatría invoca su autoridad médica de forma tangible” (Barrett, 1998: 64).

Esta figura se opone y complementa a la del psicólogo. Éste —más a menudo una mujer— representa la continuidad en el tiempo. Es el agente profesional que controla las evoluciones del individuo y, en ese sentido, se opone a la intervención puntual y —en ocasiones— coactiva del psiquiatra.

Diferenciar la psiquiatría de la psicología en correspondencia con la diferencia entre lo superficial de lo profundo puede sorprender, si se recuerda la presencia de modelos psicodinámicos entre los psiquiatras y la creciente hegemonía de la terapia cognitivo-comportamental entre los psicólogos. Desde el punto de vista de las profesiones sobre sí mismas, la distinción válida debería ser la inversa: la profundidad para la profesión que accede al cuerpo y que comulga con el psicoanálisis, la superficie para los partidarios del behaviorismo reformado hegemónico en las facultades de psicología —así lo constata Robert Barrett (1998: 85) en su influyente trabajo etnográfico sobre un hospital psiquiátrico—.

La clave de la diferencia hay que buscarla en cómo Barrett produjo sus datos y cómo yo produje los míos. Barrett trabajaba como psiquiatra en el hospital donde realizó su estudio y estaba especialmente bien situado para percibir el mundo desde el prisma de las jerarquías profesionales. En mi caso, hablé con las personas al margen de su condición de pacientes y sin formar parte de las jerarquías profesionales⁸. Ciertamente, desde el punto de vista de las profesiones la reconstrucción de Barrett es correcta, pero no desde el de los pacientes. Para estos, el criterio de profundidad se superpone con el de compromiso. Una intervención es más “profunda” cuanto más se inscribe en una temporalidad larga, cuanto más inversión personal experimenta el paciente en su caso. Entre los profesionales,

la lejanía científica de los psiquiatras se legitima en la profundidad de su saber, entre los pacientes abre las puertas para violentar el contrato terapéutico (un psiquiatra con el que se comparte poco tiempo es fácil de engañar) y en ese sentido su intervención clínica tiene un nivel de profundidad que raya, según Juana, en “la tontería”. Esta superficialidad terapéutica se conjuga con otra imagen muy diferente: el psiquiatra representa la violencia puntual, la legitimación del encierro, la invasión completa de la experiencia del enfermo. Desconocimiento cotidiano y violencia episódica frente a control estrecho e insistencia temporal diferencian a la psiquiatría de la psicología. La división técnica del trabajo en salud mental encuentra aquí los ecos de la división sexual del trabajo en el control de la prole: la figura paterna, lejana y susceptible de agresión puntual se opone a la figura materna, cercana y administradora de sanciones menos excepcionales pero mucho más cotidianas.

Una tercera figura emerge del espacio hospitalario —aunque, como ya he señalado, al contrario del psiquiatra y del psicólogo no se percibe fuera de él—. Se trata del enfermero. Las relaciones más agonísticas se establecen con esta figura profesional. Los conflictos con los enfermeros —en todos los casos que conozco, enfermeras—, a los que se alude en términos poco cariñosos, están presentes a menudo en personas a las que entrevisté. El trabajo del enfermero se define por su control cotidiano del cuerpo del paciente y de las diferentes escenas en las que se desenvuelve el enfermo durante el internamiento. También es la figura con la que se comparte más tiempo y que genera, para muchos, mayor “experiencia terapéutica”. Por eso no es raro encontrar un balance dual de esta figura. Según Juana “las enfermeras eran las más puñeteras, las más rigurosas, a las que más miedo les tenía yo”. Sin embargo, son las que le despiertan mejores recuerdos, dada la intensidad de su compromiso personal con ella. Para Juana, pues, el descenso en la división técnica del trabajo hospitalario no implica un decrecimiento del valor de uso terapéutico de la actividad profesional: “A mí en el hospital no me ha ayudado el psiquiatra, a mí en el hospital me han ayudado las enfermeras, la que estaba de prácticas, el

⁸ A veces se me identificaba como sociólogo, en otras como filósofo, en otras como profesor de universidad: en los tres casos era un individuo de ocupación difícil de definir —la desconfianza que ello acarrea me hizo utilizar cada vez más mi estatuto profesional— pero que en cualquier caso se encontraba fuera del sistema sanitario.

celador, la limpiadora”. Dado que la relación con el enfermero desaparece cuando se ha abandonado el hospital, la intensidad de la misma se restringe a un periodo excepcional.

El espacio hospitalario deja también la huella del endocrinólogo. El endocrinólogo analiza los efectos fisiológicos del trastorno y proporciona mediante un sistema de análisis permanente índices acerca del desarrollo de la enfermedad. Debido a que los trastornos alimentarios producen notables alteraciones metabólicas, los análisis fisiológicos se convierten en testimonio de las raíces fisiológicas de los mismos. El endocrinólogo inscribe su intervención en la continuidad temporal y propone una actividad terapéutica que trabaja a largo plazo. Por lo demás, el endocrinólogo aísla el cuerpo orgánico como objeto de análisis y contribuye a reforzar la idea de que éste constituye una entidad autónoma. El autocontrol corporal intenso en los trastornos alimentarios suelen ir acompañadas de la percepción del cuerpo como una entidad apta para la medida y la reformulación permanente. Las sensaciones fisiológicas se consideran susceptibles de domesticación y cada parte del cuerpo se precisa por su poder para ser o no reformulada al albur del sujeto. Como decía una paciente: “Si no puedes controlar la altura, por lo menos puedes controlar el peso”. En ese sentido, la actividad del endocrinólogo refuerza la percepción del cuerpo como un organismo desocializado y susceptible de ser sometido a una definición técnica y objetiva.

Otra figura del espacio hospitalario, el nutricionista, participa también de semejante definición instrumental del cuerpo humano. Los nutricionistas definen objetivos de peso correcto —a menudo con la ayuda del *Índice de masa corporal*— y proporcionan una dieta adecuada para lograrlo apoyada por un lado en criterios de salud física y por otro lado en los criterios estéticos deseados por el paciente. En el lenguaje del nutricionista, la alimentación pierde todo carácter sensible y todo significado social: la composición química y los índices de calorías producen una definición puramente técnica del alimento fundada en sus efectos en la morfología corporal y en su contribución a la normalización de las analíticas metabólicas. En ese sentido, se entiende que muchos nutricionistas consideren que la anorexia y la bulimia, además de la obesidad, son enfermedades que se deben a la falta de “cultura alimentaria” y que la información nutricional puede convertir a los sujetos

en dueños absolutos de su devenir corporal. Este tipo de visión de la enfermedad se concilia bien en ocasiones con las propias disposiciones de aquellos a los que se dirige. Rosana, por ejemplo, me explica que llegó un momento en que había transformado tanto su concepción de la alimentación y el problema se había vuelto tan central para ella que sólo sabía hablarle a su novio de calorías. Por tanto, la definición puramente numérica de la alimentación concuerda bien con la experiencia del cuerpo de muchas personas en tensión corporal (Gremillion, 2003: 61-71). No es extraño que un profesional de la nutrición se encuentre en ocasiones en los comienzos de una trayectoria alimentaria desviante. Él es quien prescribe una dieta que se convertirá en la espoleta de un autocontrol corporal intensa. Miriam cuenta cómo cambió su cultura alimentaria a partir de su visita a un nutricionista:

“Mi madre me lleva a un nutricionista. [Al principio de hacer régimen] me siento fatal, acostumbrada a comer de todo, pues me siento fatal por tener que comer ciertas cosas, luego me voy acostumbrando a lo que hay dentro del régimen, luego ya llega un momento que lo sigo a rajatabla, ya no me salto nunca el régimen, lo estoy haciendo perfectamente, me lo va diciendo el nutricionista en cada cita y luego llega un momento que voy al nutricionista y me regaña porque estoy perdiendo más peso de lo que debía cada mes y ya es que llega un momento que me da asco la comida”.

Estas son las figuras básicas que encuentra toda persona que haya experimentado un trastorno alimentario, sea en un tratamiento hospitalario, sea recurriendo a la consulta privada de uno de estos profesionales —con la excepción del enfermero— sea combinando varios tipos de experiencias terapéuticas. Como mostraré en seguida, tales combinaciones pueden ser notablemente complejas y cambiantes.

Por el momento, me referiré a otros modos de construcción de la enfermedad: los que emanan en el campo de las terapias alternativas. Por ejemplo, la terapia de flores de Bach. Este tipo de terapias compaginan la escucha terapéutica por un periodo largo con la administración de medicina de tipo homeopático. En el caso de María José (que vomitó continuamente durante años), tales terapias permiten salir de la medicina tradicional y encontrar una forma de intervención sin más compromiso que el definido por

el cliente (así, Andrea recurrió a la Iridología –terapia consistente en leer en el iris la clave de ciertas enfermedades– para evitar un sistema profesional que, según su apreciación, pretendía “cebarla”). De este modo, combinan un compromiso temporal largo pero discontinuo con una concepción holística del ser humano y, por ende, del trastorno. Los efectos de la terapia se experimentan más como una conversión moral que como una cura clínica.

Ella [la terapeuta] te escucha, te dice un poco si viene al caso o si le apetece, un poco... algún consejo o... un punto de vista, pero sobre todo lo que hace es que te detecta, con el pulso, funciona con un nivel bioenergético, como de vibraciones, no es bastante físico, es como algo más global, un poco... entonces, ella detecta a través del pulso, me parece, y... resuenan o vibran o cambian, no sé cómo decirte, con una serie de flores, con otras pues no... como una cosa neutra, como si te falta un elemento en la sangre y te ponen un test y de pronto te dicen que hay alguna señal que emite o lo que sea que se detecta que hay que actuar en ese punto, en fin, cosas... muy así... a partir de ahí, cada vez que me apetecía ir a visitarla y eso, me mandaba las flores, que son así unas gotitas disueltas en agua y... en cinco años o así yo he ido viendo como han ido cambiando cosas en mi respecto a lo de afuera, ¿no?, que me han ayudado mucho, que me dan otra paz, que me dan otra tranquilidad y... otro respeto, otra humildad.

LA TRAYECTORIA TERAPÉUTICA Y EL AUMENTO DE POSIBLES

Conforme transcurre su inserción en el mundo terapéutico, el individuo experimenta un aumento del número de definiciones posibles de su trastorno. Si por diversas razones, el trabajo de deshabituación no se ha desarrollado con éxito o no se ha emprendido con seriedad, el individuo dispone de un conjunto de relatos acerca del origen de su etiología y del significado de la misma completamente diversos. Por lo demás, las trayectorias largas en el mundo terapéutico suponen una gran acumulación de capital cultural psicoterapéutico y, si el trastorno no es excesivamente paralizante¹⁰, el acceso del individuo a fases del ciclo de vida en la que gestiona autónomamente sus recursos.

Familia “patologizada”: la desecación de las fuentes morales con las que ejercer presión

Además, el individuo acaba acostumbrando a sus próximos a la presencia de los terapeutas en la vida cotidiana de uno de sus allegados. En el punto más extremo, la vida cotidiana se convierte para sus próximos en una extensión del hospital. En la carrera de un familiar de alguien diagnosticado con anorexia o bulimia, hay, al menos,

Cuadro 3. Construcción profesional de la enfermedad y experiencia subjetiva

	Psiquiatra	Psicólogo	Enfermero	Homeópata	Endocrinólogo	Nutricionista
Definición de la enfermedad	De origen genético/psicodinámico	De origen psíquico	Juego de escenas (evitar el engaño)	Holística: interacción cuerpo/espíritu	Desequilibrio metabólico	Incultura alimentaria
Intervención temporal	Puntual	Continua	Puntual (continua en el internamiento)	Larga y definida por el cliente ⁹	Puntual	Continua
Experiencia del paciente/cliente	Conocimiento superficial	Conocimiento profundo	Conocimiento extenso	Conocimiento integral	Cuerpo como conjunto de funciones	Definición química del alimento

⁹ Por lo demás, como toda relación terapéutica privada.

¹⁰ Lo que sucede, dado que los imprevistos –desde lesiones a la muerte– derivados de someter el cuerpo a la voluntad del sujeto son abundantes y peligrosos.

dos fases posibles, si es que decide permanecer a su lado o carece de los recursos económicos necesarios para enviarlo a una institución. La madre (maestra, casada con un maestro y que se define de clase media) de dos hijas con larga carrera en los trastornos alimentarios narra dos periodos básicos en su vida tras el diagnóstico de sus dos hijas. En el primero, tras ingresar a sus hijas, comenzó a asistir a terapias de padres donde, fundamentalmente, se le administraban pautas para enfrentarse a la nueva situación creada en su familia. Tras un divorcio resultado de la tensión familiar (en el que jugó un papel importante el agotamiento económico producido por el tratamiento terapéutico), las hijas pasaron a convivir con ella y su casa se transformó en una extensión peculiar del sistema hospitalario de encierro. Cuando la visité, llevaba colgado un llavero de cada una de las habitaciones de la casa —cuarto de baño, cocina, etc.— que abría vigilando que sus hijas no hicieran un uso imprevisto de las mismas —y posteriormente cerraba—. Además de esta importación del sistema de vigilancia a su entorno cotidiano, esta maestra se había convertido en alguien necesitado de intervención pedagógica debido a que había comenzado a experimentar una indeterminada responsabilidad en las acciones de sus hijas:

“Yo me casé y me dijeron cómo funcionaba la lavadora y lo otro, pero... y es verdad, yo nunca he tenido a nadie que explique como tú tienes que educar a un hijo, y yo creo que ninguna madre, quiere esto para sus hijas, por lo menos con mala voluntad, [eso] sale mal”.

En esta segunda fase, pues, los próximos pasan así de vivir el trastorno como algo que afecta al enfermo, a concebirlo como algo que lanza señales patógenas sobre sí mismos. Las presiones que soporta el afectado para cambiar por parte de los próximos continúan; sin embargo, la psiquiatrización se ha instalado en la vida cotidiana de los mismos. En el caso de los trastornos alimentarios, la vida de muchos familiares se ve sumergida en múltiples sesiones de información y autoayuda en las que se les hace comprender que se enfrentan con una verdadera enfermedad y a confiar en los profesionales que la tratan. De este modo, se descalifican los recursos morales que permiten una presión eficaz sobre sus familiares diagnosticados. La familia se encuentra entonces completamente impotente para incidir sobre su próximo.

Esta situación de parálisis es padecida por las familias pero también tienden a reproducirla ellas mismas. Por un lado, como he tenido ocasión de comprobar durante mi trabajo de campo, se les explica que lo que sucede a su pariente es una verdadera enfermedad y que las recriminaciones no van a alterarla. Por otro lado, los familiares sienten la amenaza que ciertas versiones profesionales de la etiología de la anorexia y la bulimia lanzan sobre sí mismos. La enfermedad, se les dice, es el producto de “familias” con problemas y que no han sabido organizar la educación de sus hijos. En esas circunstancias, las familias prefieren las versiones del trastorno más objetivistas que tienen el doble efecto de desculpabilizarlas pero también de dinamitar la legitimidad de la presión sobre la desviación de su familiar. Cuanto más optan por las versiones “objetivistas” de la enfermedad, más autoridad pierden como padres y familiares.

El manejo estratégico de los expertos

Una vez que el grupo de próximos deja de presionar para “volver a la normalidad”, el sujeto se confronta únicamente con el sistema de expertos: las potencias profanas de control social han perdido todo su vigor. La amplitud de la trayectoria terapéutica permite el manejo estratégico de los diferentes discursos que el sujeto experimenta sobre sí mismo. Manejo, en primer lugar, porque el individuo pasa a ser un experto en los discursos terapéuticos y, como ya dije, a acumular recursos culturales enormes sobre su enfermedad. Lo que en principio se experimentó como una imposición externa encuentra con más o menos esfuerzo un hueco en los propios menús vitales. Y, en segundo lugar, porque conforme avanza su trayectoria, el sujeto percibe con mayor eficacia las contradicciones entre los profesionales —y los teóricos: pues muchos afectados son grandes consumidores de literatura sobre los trastornos alimentarios— a la hora de narrar qué le sucede, por qué le sucede y cuáles son las razones de que le suceda.

En ese sentido, una trayectoria terapéutica más larga e intensa supone una paradójica disolución no sólo de las fuentes de la autoridad familiar sino también de las condiciones de posibilidad de la autoridad moral del equipo terapéutico. Juana, por ejemplo, se resistió cuanto pudo a la labor del equipo terapéutico sobre sí misma. Comenzó con un tratamiento

en hospital, posteriormente fue ingresada y después tuvo más de dos años de terapia individual. Juana resume la diferencia entre el principio y el fin de su problema a través de una inversión de la evaluación moral del que considera el personaje clave en su terapia:

“La psicóloga me dijo: “Niña, tú tienes esto y esto es lo que hay”. ¿Sabes? Hablé claro, era la primera vez que a mí alguien me decía: “Tú tienes anorexia, esto es lo que tienes, ¿va a estar todo el mundo equivocado y tú vas a tener la razón?”. La psicóloga se puso chula y a mí eso me sentó... fatal. Yo llegué a cogerle pánico a la psicóloga, pero pánico, pánico, pánico... ahora la veo y me la como a besos. Pero... en ese momento... yo le tenía miedo a esa mujer”.

Sin duda, la ausencia de esta experiencia de imposición de un único relato acerca de sí misma y de una única salida deseable, es la que hace peculiar la experiencia de Rafaela. En tratamiento por trastorno del comportamiento alimentario desde hace 21 años, Rafaela ocupa un alto cargo institucional aunque procede de una familia –según ella– de “clase trabajadora a tope” (el padre fue un empleado de banca que terminó de director de sucursal). Después de una extensa experiencia de internamientos y terapias, Rafaela realizaba, en el momento de la entrevista, almuerzos vigilados en un Hospital de día especializado en el tratamiento de trastornos alimentarios.

Rafaela había estabilizado los focos terapéuticos en un psiquiatra –responsable de la unidad hospitalaria en la que le vigilaban las comidas– y en un psicólogo con el que seguía una terapia privada. Pese a que su vida estaba notablemente ritmada por el sistema terapéutico, Rafaela no consideraba que una etiqueta resumiese bien su problema –que ella sentía con especial virulencia–. (Así, Rafaela muestra cómo el sometimiento a un dispositivo terapéutico lejos de etiquetar indefectiblemente a las personas permite varias posibilidades de descripción vital.) Esta defensa de la indeterminación de su experiencia, se realizaba a partir de las siguientes operaciones.

Primera, Rafaela explotaba las contradicciones entre los profesionales. Ante dos discursos divergentes, Rafaela, a la vez, elegía aquel que otorgaba una visión de sí menos degradada sin dejar de conceder veracidad al discurso rechazado. El psicólogo y el psiquiatra se diferenciaban

según ella como la versión superficial del trastorno se diferencia de la visión profunda. En este caso, profundidad no significa sólo poco compromiso terapéutico sino visión de la anorexia como un trastorno frívolo¹¹. El psicólogo se convierte en un aliado de Rafaela en la lucha por la propia definición simbólica:

“Yo no tengo anorexia, yo no dejo de comer por no engordar, y yo eso es algo que sigo rebatiendo (...). Mi psicólogo no piensa que tengo anorexia y mi psiquiatra sí (...) *a lo mejor a nivel inconsciente sí la tengo* (...). [La clasificación de anorexia] no me gusta porque la gente la ve como niña tonta que no quiere comer por no engordar. (...) *Pues sinceramente yo no tengo conciencia de no querer por no engordar a nivel consciente*. Bueno, ya luego tú sacas [se dirige a mí] tu opinión, mi psicólogo piensa como yo”.

Segunda, esta diferencia estructura el propio quehacer diario de Rafaela: por un lado, acepta la necesidad de comer con observación, validando así prácticamente el dispositivo terapéutico que le propone el psiquiatra. Por otro lado, la terapia psicológica le permite una representación de sí como la de una persona que cada vez que tiene “un problema emocional la toma con la comida”. Estos dos dispositivos discursivos y prácticos se complementan con un tercero que define su cuerpo como aquejado de déficits alimentarios y su enfermedad como un problema de mala organización de la alimentación. El ingreso hospitalario se convierte en la experiencia de una alimentación definida por sus aportes nutricionales. Entre ellos, Rafaela también realiza diferencias en función de su creciente acumulación de competencias en el terreno nutricional:

“Yo he estado en ingresos que se han llevado alimentaciones equilibradas, en otros, era mogollón de calorías, no había aporte de vitaminas, no había vegetales y como el tema era engordar, comida muy calórica. Había en esa época lo que en ocasiones me ha ayudado mucho: los suplementos alimenticios, todos esos batidos hipercalóricos que yo los he estado tomando mucho tiempo”.

Tercera, esta experiencia de dispositivos terapéuticos parcialmente contradictorios le permite escindir a sí misma en planos (cuerpo biopsíquico, cuerpo nutriente y alma) parcialmente separados. Toda su historia en el sistema tera-

¹¹ He tratado estas cuestiones en Moreno Pestaña (2005: 134-140).

péutico se traduce así en su geografía imaginaria. Por un lado, Rafaela fue definida como un cuerpo con déficit alimentario (experiencia construida por nutricionistas y endocrinólogos). Por otro lado, como un caso dentro de una especie nosológica (experiencia definida fundamentalmente por su psiquiatra). En fin, como una persona con enigmas psicológicos (experiencia fundamentalmente definida por su psicólogo). No se puede decir que cuando Rafaela experimentó tales definiciones se comportó ante ellas como un agente activo. Pero es evidente que sí ha aprendido a gestionarlas con suficiente destreza.

Erving Goffman insistía en una dimensión de las trayectorias largas en el mundo de la enfermedad mental que se suele recordar poco. El enfermo mental, después de haber experimentado múltiples reconstrucciones de su yo, acaba adquiriendo conciencia sobre la evanescencia de la identidad personal. Lo que en un principio resultaba traumático —verse destituido de los ideales de sí mismo que daban consistencia a su vida— termina generando la conciencia de que la identidad personal puede perderse y ganarse sin los efectos destructivos que cabría esperar. Se genera así, según los términos audaces y coloristas de Goffman (1968: 221, 225), “una suerte de artificialismo cosmopolita, de apatía cívica”. La necesidad de coherencia desaparece y la persona “aprende a cultivar al menos por un tiempo ante todo el mundo el arte perfectamente inmoral del impudor”¹².

DE TERAPEUTA A CONSEJERO DE VIDA

Esta experiencia de un yo fragmentado en relatos contradictorios, proporciona una notable capacidad de acción. Dependiendo de la situación, una u otra descripción de sí mismo puede ser aplicada. Evidentemente, esto no quiere decir que el sujeto articule estratégicamente *siempre* sus diferentes definiciones de sí. En el caso de Rafaela, los diversos relatos acerca de sí misma

no se han integrado en una experiencia común y subsisten como en círculos, en ocasiones superpuestos y anulando uno a otro, en ocasiones separados, en algunas, formando una intersección en cuyo centro se define la personalidad de Rafaela. Pero en otras ocasiones, Rafaela puede manejar el tipo de impresiones que quiere dar a los demás y hacerlo con un notable nivel de reflexividad y cálculo. Por ejemplo, Rafaela opone su tipo de problema al “trastorno” alimentario vulgar. Aunque los comportamientos sean idénticos, su caso no obedece a los mismos principios que inspiran a su compañeras de hospital: “Es que yo no tengo nada que ver con ellas, ellas están en su rollo de comer por no engordar [y de que] el físico es lo más importante y de que les queden bien los pantalones”¹³. En segundo lugar, Rafaela supo valorar cuándo su conversión de portavoz de los afectados por trastornos alimentarios era un coste para sí misma. En su caso, alguna de las personas con las que se desenvuelve considera degradante su experiencia:

“Yo llegué a salir en un programa de televisión dando mi testimonio hace muchísimos años [...] pero me di cuenta de que eso era perjudicial para mí porque me empezaban a clasificar y no quería que me clasificaran. [...] La gente que realmente me conoce sabe cómo soy y sabe que vale, que puedo tener un problema o puedo pasar una crisis y me da por no comer, como a otro le da por encerrarse en su casa. Pero saben también que soy una tía que tiene muchos valores y me aceptan, pero otra parte de la población... Yo llegó un momento en mi vida en que para nada digo que tengo anorexia, hombre lo saben mis amigos... o bueno, tengo [anorexia], porque a mí me siguen clasificando, no me gusta decirlo así, pero como sigo en tratamiento y he tenido ingresos recientes”.

Un nuevo diseño de vida se establece así. El carácter dramático de la primera intervención terapéutica se diluye y el sujeto incorpora el mundo de los expertos en su dinámica vital cotidiana¹⁴. Rafaela es hoy una participante activa

¹² La experiencia de la división de la identidad, siendo clave, tiene varios problemas tal y como la plantea Goffman. El primero, es que convierte la experiencia terapéutica en un juego de mortificación al que el sujeto se somete de forma pasiva. Goffman explica poco —más allá de algunas anotaciones puntuales— cómo los recursos económicos, sociales y culturales de las personas permiten modos de autonomía muy diversos en la gestión de su experiencia terapéutica. Tal problema, se deriva lógicamente de algo que Goffman describía bien pero que, como él mismo explicó, hace tiempo dejó de ser la realidad final de la experiencia de la enfermedad mental (Verhaegen, 1985: 51-60): la culminación de la experiencia del enfermo mental se produce en un internado gobernado claramente por la profesión psiquiátrica y que somete a cualquier persona diagnosticada como enferma a las mismas experiencias de encuadramiento y mortificación.

¹³ Véase la descripción de un movimiento de delimitación estratégica idéntico —“mi anorexia es profunda, la de las otras es superficial”— en el caso de Ellen que analizo en Moreno Pestaña (2005: 139, 144).

¹⁴ Tal habituación a las medidas terapéuticas forma parte de la experiencia de muchos enfermos mentales. Véase una excelente revisión de la cuestión en Estroff (1998: 328).

en organizaciones de solidaridad, una persona con una alta responsabilidad laboral y fue una organizadora de las asociaciones de ayuda a la anorexia y la bulimia –hasta que ello comenzó a producirle réditos simbólicos negativos–. Evidentemente, el trabajo de transformación de disposiciones continúa sin realizarse y la tensión corporal amenaza a menudo su vida cotidiana. La propia Rafaela lo asume: no en vano, sigue en control institucional estrecho. En los momentos de crisis de Rafaela, una u otra parte del sistema terapéutico puede ser activada: la del control hospitalario de sus comidas, la del control farmacológico de sus estados de ánimo, la de la reflexión sobre sus cuitas personales asistida por un experto. Así, Rafaela reconoce el valor del dispositivo terapéutico para tratar sobre los efectos de su comportamiento aunque rechace –a través de una combinación curiosa de oportunismo práctico e intelectualismo– algunas de las descripciones incómodas de la etiología del mismo.

Esta redefinición del sistema terapéutico no se realiza sin ciertas condiciones sociales de posibilidad. En primer lugar, económicas: sin ellas no se podría acceder a otra oferta que a la del sistema terapéutico público. En segundo lugar, culturales: la reinterpretación del problema se produce siempre negando que los efectos –no comer, incapacidad para dejar de estar delgada– tenga que ver con ciertas causas –deseo de cotizar alto en el mercado sexual–. Este trabajo de reinterpretación necesita –y encuentra a menudo– la compañía de uno de los representantes del mundo terapéutico. Éste proporciona la caución simbólica al intento de no dejarse atra-

par en la versión degradada de los trastornos alimentarios (según la cual serían el resultado de los deseos de “niñas tontas”).

Como puede observarse, mi análisis se construye sobre la combinación de tres factores: recursos económicos y culturales, pluralidad de terapeutas y efectos de idealización. En el caso de Rafaela, su trayectoria en el mundo terapéutico se define a partir de una combinación particular de los tres. Gracias a sus recursos económicos y culturales puede acceder a múltiples terapias; las mismas pierden parte de su efecto directivo debido a las diferentes formas de construcción y definición de la enfermedad y a la posibilidad de encontrar, en una de ellas, una explicación poco degradante de sí misma. Este tipo de situación no se produce en un contexto existencial de experimentación frívola con la locura. Al contrario: es un contexto relativamente problemático sumergido constantemente en estados de excepción vitales. En tales estados, la mayor parte de la vida diaria se encuentra bajo un régimen de supervisión de los diversos dispositivos terapéuticos.

Buena parte del enigma sociológico de esta especie de cronicidad puede resolverse explorando detenidamente los casos de combinaciones lógicas entre los tres tipos de variables. Tales combinaciones me permitirán precisar qué es lógicamente concebible aunque socialmente, según mi trabajo de campo, poco probable¹⁵. Las condiciones sociales, institucionales y culturales de las carreras “crónicas” en los trastornos alimentarios pueden combinarse según las tres variables que represento en el cuadro.

Cuadro 4. Posibilidades lógicas

Número de la combinación	Recursos culturales y económicos	Terapeutas múltiples	Idealización de la enfermedad
1	+	+	+
2	+	+	-
3	+	-	+
4	+	-	-
5	-	+	+
6	-	+	-
7	-	-	+
8	-	-	-

¹⁵ Lo que sigue es un ejemplo de análisis de espacio de propiedades, instrumento de pensamiento definido por Paul F. Lazarsfeld y explicado por Howard S. Becker (2002: 271-286). El objetivo de este tipo de procedimientos lógicos –que presento aquí bajo la forma de una tabla de verdad– es ayudar a agrupar las variables complejas que nuestro análisis considera claves para explicar nuestros datos de una forma ordenada. La existencia real o no de cada una de las combinaciones es, claro está, un problema empírico, no lógico. Explicar las razones de la existencia o la inexistencia de cada combinación permitirá explicitar mis hipótesis sociológicas.

La primera combinación describe el caso de Rafaela: altos recursos culturales y económicos, uso del sistema terapéutico como un menú y existencia de una explicación simbólicamente reconfortante de las prácticas restrictivas. Entre las personas con trayectoria larga en el sistema terapéutico, no he encontrado ningún ejemplo del segundo tipo de combinación. Para que se produjese, el equipo terapéutico debería lanzar un mensaje extremadamente unificado y la persona debería renunciar a buscar por otro lado una ratificación intelectual de su compromiso restrictivo. Francamente, creo que es una situación difícil de encontrar dada la extrema pluralidad del mercado terapéutico y los estereotipos positivos unidos a los trastornos alimentarios. La tercera combinación acaece con relativa frecuencia: persona social y culturalmente dotada que reúne todos los prototipos del triunfador y que consigue desencadenar lo que en psicoanálisis se llama una contratransferencia por parte de su terapeuta (Moreno Pestaña 2006: 16-22). El caso más rotundo que he encontrado es el de una chica, dirigente política y promesa académica, que asistió a la consulta privada de un psiquiatra a pedir ayuda para frenar la práctica del vómito. El terapeuta le respondió que era demasiado inteligente para ser bulímica y que seguramente lo suyo sería anorexia¹⁶. La cuarta combinación intensifica los rasgos de la segunda: evidentemente, supondría un caso empírico verdaderamente raro y en tales condiciones sólo se podría ser rigurosamente popperiano: si aconteciese debería plantearme revisar radicalmente –y creo que abandonar– mi marco analítico. La quinta combinación presenta un problema evidente: ¿cómo se pueden tener múltiples terapeutas cuando se dispone de magros recursos? En esas condiciones, lo normal es acceder al sistema público de cuidados y verse sometido a un tratamiento con muchísimos costes personales, económicos y sociales: los entornos socialmente modestos son poco sensibles al carisma de la anorexia y es mucho más urgente acometer un proceso de abandono de las disposiciones que se adquirieron en el periodo de autocontrol corporal intenso (un ejemplo es el

caso de Juana). La sexta combinación me parece completamente irreal: faltan las condiciones sociales de la misma (como en la quinta) y supone un nivel de unificación del sistema terapéutico que dejó de existir hace mucho tiempo. La séptima combinación, rara, me apareció en un caso en que la chica reunía un capital corporal enorme pese a su procedencia de un medio relativamente humilde y a encontrarse en una fase del ciclo de vida relativamente temprana. La última combinación es la más extendida entre las personas pobres, sin estudios o en una fase muy temprana del ciclo de vida que les impide cualquier autonomía y que entran en los trastornos alimentarios.

Cuadro 5. Las posibilidades empíricas

Recursos	Terapia	Idealización
Altos	Múltiples	Alta
Altos	Única	Alta
Bajos	Única	Baja

Las posibilidades lógicas se resumen pues en tres posibilidades empíricas¹⁷. Sólo la primera –sobre todo– y la segunda me parecen susceptibles de generar procesos de cronificación “dulces”. Las personas siguen sometidas a mercados corporales tensos y recurriendo a un mercado terapéutico que les permite controlar sus fragilidades. El terapeuta se convierte en un consejero de vida y su experiencia dejaría de ser objeto apropiado de la sociología de la enfermedad mental. Dado que la excelencia corporal es, en ciertos medios sociales, una condición de pertenencia a las elites, debería convertirse en una sociología de la vida cotidiana de ciertas fracciones de las clases medias dominantes y de ciertas personas que, con toda su buena voluntad corporal, aspiran a ingresar en las mismas. Dicha sociología mostraría los costes, en ocasiones terribles, que conlleva semejante experiencia de la dominación –o la aspiración a ejercerla–.

¹⁶ Los prejuicios sociocéntricos –o si se entiende mejor: el etnocentrismo de clase– alrededor de la diferencia anorexia/bulimia los he tratado en Moreno Pestaña (2005: 134-137).

¹⁷ Prescindo de la séptima combinación pues supone un terapeuta particularmente obnubilado e irreflexivo ante factores que cualquiera está preparado para discernir y desactivar: la atracción física. Por desgracia, con los prejuicios sociales no sucede lo mismo.

BIBLIOGRAFÍA

- BARRETT, R. (1998): *La traite de fous: la construction sociale de la schizophrénie*, París, Synthélabo.
- BECKER, H. S. (1985): *Outsiders. Études de sociologie de la déviance*, París, Métailié.
- BECKER, H. S. (2002): *Les ficelles du métier. Comment conduire sa recherche en sciences sociales*, París, La Découverte.
- BERTHELOT, J.-M. (1983): “Corps et société. Problèmes méthodologiques posés par une approche sociologique du corps”, *Cahiers internationaux de sociologie*, vol. 74, 1983, pp. 119-131.
- ESTROFF, S. (1998): *Le labyrinthe de la folie. Ethnographie de la psychiatrie en milieu ouvert et de la réinsertion*, París, Synthélabo.
- GARCÍA, J. (2002): “Cobertura total de la unidad de anorexia”, *Diario Jaén*, 24-05, p. 5.
- GOFFMAN, E. (1968): *Asiles. Études sur la condition sociale des malades mentales*, París, Minuit.
- GREMILLION, H. (2003), *Feeding anorexia. Gender and power at a treatment center*, Durham & Londres, Duke University Press.
- HACKING, I. (1998), *L'âme réécrite. Étude sur la personnalité multiple et les sciences de la mémoire*, París, Synthélabo.
- MORENO PESTAÑA, J. L. (2005): “Jerarquías corporales, discursos científicos y construcción de identidad en los trastornos alimentarios. Un acercamiento sociológico”, N. Corral (coord.), *Nadie sabe lo que puede un cuerpo. Variaciones sobre el cuerpo y sus destinos*, Madrid, Talasa, pp. 121-145.
- MORENO PESTAÑA, J. L. (2006): “Un cas de déviance dans les classes populaires: les seuils d'entrée dans les troubles alimentaires”, *Cahiers d'économie et sociologie rurales* n° 79, pp. 68-95.
- SCHATZMAN, L. y STRAUSS, A. (1966): “A Sociology of Psychiatry: A perspective and some organizing foci”, *Social Problems*, Vol. 14, n° 1, pp. 3-16.
- VERHAEGEN, L. (1985): “Quelques éléments pour une analyse des nouvelles carrières psychiatriques”, *Sociologie et sociétés*, Vol. 17, n° 1, 1985, pp. 51-60.